นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

สภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในเขตสุขภาพที่ 8: การประยุกต์ใช้โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

The access to health services for HIV-infected individuals and AIDS patients in Health Region 8: application of the second order confirmatory factor analysis model

ภรกต สูฝน*
ศุภกฤต ปิติพัฒน์
ประภาพร สุปัญญา
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

Porakot Soofon*
Supagrit Pitiphat
Prapaporn Supunya
Faculty of Humanities and Social Sciences,
Udon Thani Rajabhat University

*Corresponding author e-mail: porakotsoofon@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2024.3
Received: February 21, 2024 Revised: March 21, 2024 Accepted: April 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบโมเดลสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 400 คน ด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (X^2/df) มีค่าเท่ากับ 1.97 ค่า GFI เท่ากับ 0.94 ค่า AGFI เท่ากับ 0.91 ค่า CFI เท่ากับ 0.99 ค่า SRMR เท่ากับ 0.039 และ ค่า RMSEA เท่ากับ 0.049 โดยสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยเรียงความสำคัญตามน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ดังนี้ (1) ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ (2) คุณภาพของบริการ (3) ความพอเพียงของแหล่งบริการ (4) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (5) ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ และ (6) ทัศนคติของผู้รับบริการ

Abstract

This research aimed to examine the model of the access to healthcare services for HIV-infected individuals and AIDS patients in Health Region 8, using empirical data. The data were collected through questionnaires completed by a sample of 400 HIV-infected individuals and AIDS patients in the Health Region 8, who were selected based on multi-stage randomization. The data were then analyzed using

confirmatory factor analysis. The analysis showed that the model corresponded with the empirical data based on the following values: relative chi-square (X^2/df) of 1.97; Goodness of Fit Index (GFI) of 0.94; Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) of 0.91; Comparative Fit Index (CFI) of 0.99; Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) of 0.039; and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) of 0.049. The burden of access to health services for HIV-infected individuals and AIDS patients in Health Region 8 comprised six components as follows: (1) financial capacity of service recipients; (2) service quality; (3) adequacy of service locations; (4) facilities of service; (5) ability to access health care services; and (6) attitude of service recipients, respectively ordered by the weight of standardized components.

คำสำคัญ
สภาพปัญหา, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์, เขตสุขภาพที่ 8

Keywords
challenge, access to healthcare services, HIV-infected individuals, AIDS patient, Health Region 8

บทนำ

การระบาดของเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับสากลที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ การระบาดยังส่งผลให้เพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างรวดเร็ว ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบโดยรวมต่อสุขภาพประชาชน การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ[1] ซึ่งในปัจจุบันเอชไอวี/เอดส์ กลายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ โดยต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สามารถกดปริมาณไวรัสได้ดีมากจนวัดไม่ได้ และหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาเร็ว รับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอจะไม่ป่วยด้วยโรคเอดส์[2] อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังช่วยให้สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น มีชีวิตยืนยาว และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถทำงานได้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข[3] ดังนั้นสิ่งสำคัญคือ การส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวีโดยเร็ว หากติดเชื้อให้เข้ารับบริการสุขภาพและรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในกรณีผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับยาป้องกัน อันนำไปสู่การลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่บุคคลอื่นได้

จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยโรคเอดส์ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 488,151 คน เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 491,065 คน ในปี พ.ศ. 2564 และ จำนวน 506,187 คน ในปี พ.ศ. 2565 โดยมีอัตราการรับยาต้านไวรัสในแต่ละปีเท่ากับ ร้อยละ 75.22, 83.89 และ 82.37 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ติดเชื้อบางส่วนยังไม่ได้เข้ารับการรักษา นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ที่ไม่เข้ารับการรักษาและรับยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ยังส่งผลให้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 เฉลี่ยปีละ 11,357 คน[4] สถานการณ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุขครอบคลุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวน 28,599 คน ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มเป็น จำนวน 29,151 คน ในปี พ.ศ. 2564 และ จำนวน 30,368 คน ในปี พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ อัตราการรับยาต้านไวรัสคิดเป็นร้อยละ 82.7, 85.0 และ 84.4 ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่เข้ารักษา จำนวน 4,948 คน 4,373 คน และ 4,738 คน ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 เฉลี่ยปีละ 787 คน[4] จากที่กล่าวมา แสดงถึงปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวีและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับบริการด้านสุขภาพ บ่งบอกถึงผลการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนเร่งรัดการยุติเอดส์ พ.ศ. 2562-2573 กล่าวคือ ผู้ใหญ่และเด็กที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 95 ได้ตรวจเอชไอวี ร้อยละ 95 ของผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และกดปริมาณไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 95[5]

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากสภาพพื้นที่และลักษณะทางภูมิศาสตร์[6,7] ข้อจำกัดทางการเงินของผู้รับบริการ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสุขภาพ[8,9] บุคลากรและแหล่งบริการ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก[8] ข้อจำกัดด้านคุณภาพของการบริการ ซึ่งเกิดจากการให้บริการที่ไม่เท่าเทียมที่อาจส่งผลต่อความไม่ไว้วางใจในการบริการ[7-9] และความขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับในการเข้ารับบริการสุขภาพ[6-8] นอกจากนี้ยังพบว่า อุปสรรคส่วนบุคคล ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ[6]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัญหาและอุปสรรคของเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบริบทของประเทศไทยนั้น โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีวัดแบบดั้งเดิม เช่น งานของ อุษา จันทร์กลิ่น[10] และงานของวารินทร์ บินโฮเซ็น และทีปภา แจ่มกระจ่าง[11] ใช้การวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ หรือเป็นงานของลลิตา ชานนท์[12] ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประเมินผลการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการใช้สถิติดังกล่าวมีข้อจำกัดซึ่งไม่เป็นไปธรรมชาติของการวัด เช่น การวิเคราะห์การถดถอย มีข้อตกลงเบื้องต้นว่าการวัดต้องปราศจากความคลาดเคลื่อน กล่าวคือ เครื่องมือวัดต้องมีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 1.00 เป็นต้น และประเด็นสำคัญคือ การวิเคราะห์โดยอิงทฤษฎีการวัดแบบดั้งเดิมนั้น ไม่สามารถยืนยันได้ว่าปรากฏการณ์จริงสอดคล้องหรือขัดแย้งกับทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบการศึกษา[13]

จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบโมเดลสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ซึ่งเป็นวิธีการทดสอบทฤษฎีด้วยวิธีการทางสถิติ โดยผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการโดยใช้แนวคิดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยพิจารณาจากความง่ายในการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายค่ารักษา[14] หากบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้มีความยากลำบาก อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น[15] ตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas[16] เสนอว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) พิจารณาจากความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) พิจารณาจากระยะห่างของที่ตั้งแหล่งบริการและที่อยู่อาศัย

หรือที่ทำงานของผู้รับบริการ โดยมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง คือ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในการเดินทาง เช่น ยานพาหนะ ระยะเวลาเดินทาง เป็นต้น 3) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) พิจารณาจากความพยายามของผู้ให้บริการที่จะอำนวยความสะดวกต่อผู้รับบริการให้ได้รับความสะดวกสบาย 4) การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability) พิจารณาจากทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของผู้ให้บริการ และ 5) ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ (affordability) เป็นการพิจารณาของผู้รับบริการในการประเมินมูลค่าของบริการที่ได้รับ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ตนเองต้องเสียไป เช่น ค่าเดินทาง หรือค่าเสียโอกาสต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ มีการศึกษาในประเทศไทยระบุว่า ทัศนคติของผู้รับบริการ (attitude) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชิงลบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่น การตีตราตนเองประสบการณ์ที่ได้รับจากการถูกเลือกปฏิบัติระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพ ความรู้สึกผิดและอายที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น เป็นปัญหาสำคัญอีกด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการ[17,18]

โดยการศึกษานี้ ได้นำแนวคิดและงานวิจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น ใช้เป็นกรอบการศึกษา โดยกำหนดสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ ความพอเพียงของแหล่งบริการ คุณภาพของบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และทัศนคติของผู้ใช้บริการ

2. การกำหนดโมเดลสมมติฐานการวิจัย

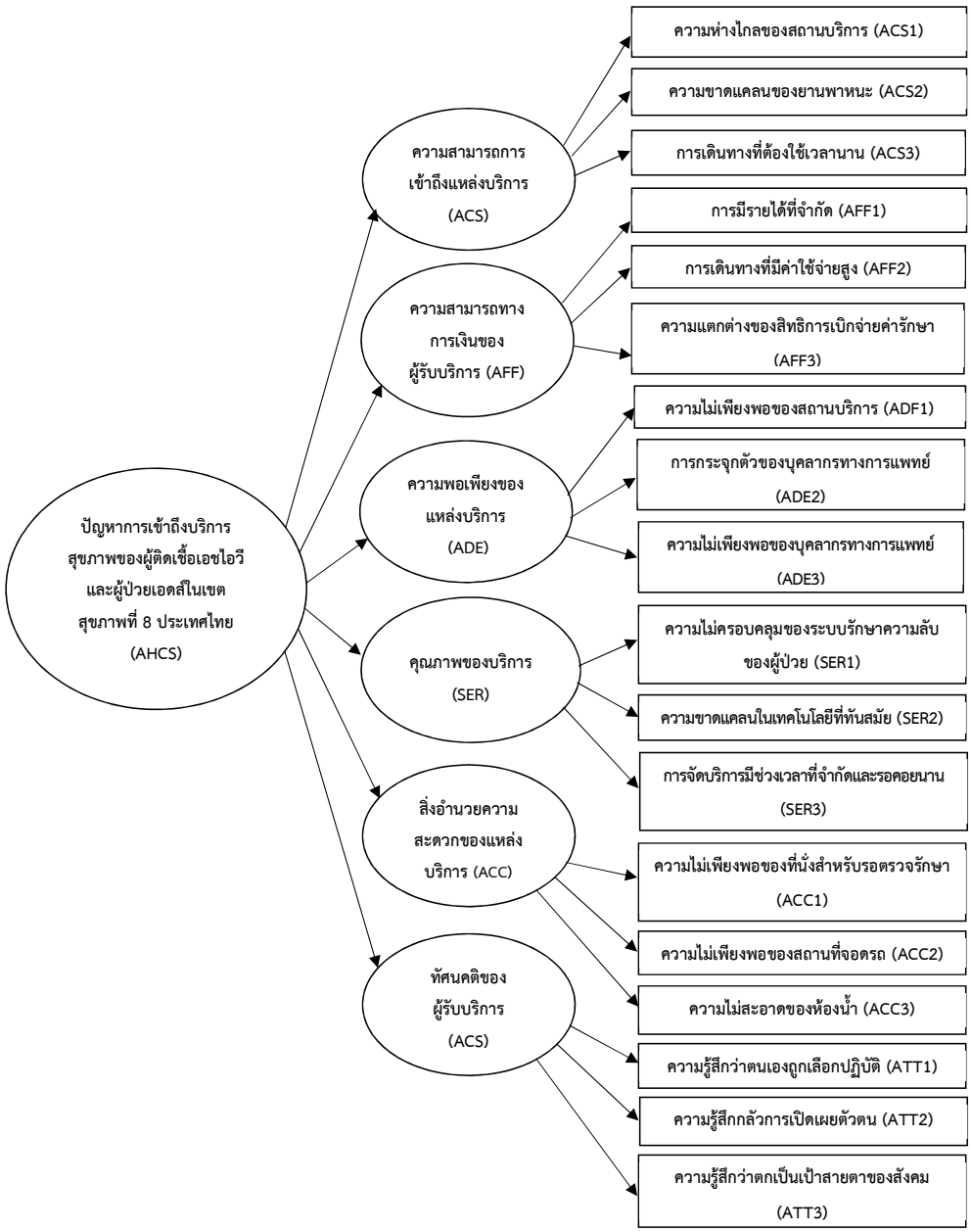
ผลจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถกำหนดเป็นโมเดลสมมติฐานได้ออกเป็น 6 องค์ประกอบ 18 ตัวแปร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและตัวแปรสังเกตได้ของโมเดลสมมติฐาน

องค์ประกอบ	ตัวแปรสังเกตได้	แหล่งอ้างอิง
ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility: ACS)	ความห่างไกลของสถานบริการ (ACS1)	(6,19)
	ความขาดแคลนของยานพาหนะ (ACS2)	(6,20)
	การเดินทางที่ต้องใช้เวลานาน (ACS3)	(6,20)
ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ (Affordability: AFF)	การมีรายได้ที่จำกัด (AFF1)	(6,8,15)
	การเดินทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AFF2)	(15,20)
	ความแตกต่างของสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา (AFF3)	(7)
ความพอเพียงของแหล่งบริการ (Adequacy: ADE)	ความไม่เพียงพอของสถานบริการ (ADF1)	(8)
	การกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ (ADE2)	(8)
	ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ (ADE3)	(15,20)
คุณภาพของบริการ (Service Quality: SER)	ความไม่ครอบคลุมของระบบรักษาความลับของผู้ป่วย (SER1)	(21)
	ความขาดแคลนเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา (SER2)	(22)
	การจัดบริการมีช่วงเวลาที่จำกัด และรอคอยนาน (SER3)	(6,15)
สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation: ACC)	ความไม่เพียงพอของที่นั่งสำหรับรอตรวจรักษา (ACC1)	(20)
	ความไม่เพียงพอของที่จอดรถ (ACC2)	(20)
	ความไม่สะอาดของห้องน้ำ (ACC3)	(20)
ทัศนคติของผู้รับบริการ (Attitude: ATT)	ความรู้สึกว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติ (ATT1)	(21)
	ความรู้สึกกลัวการเปิดเผยตัวตน (ATT2)	(21)
	ความรู้สึกว่าตกเป็นเป้าสายตาของสังคม (ATT3)	(21)

จากการทบทวนเอกสารที่กล่าวมาในข้างต้น องค์ประกอบของโมเดลได้ดังภาพที่ 1 สามารถการกำหนดความสัมพันธ์โครงสร้างเส้นในแต่ละ

ภาพที่ 1 โมเดลสมมติฐานการวิจัย



การศึกษานี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของระเบียบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยกำหนดขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 30,372 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัส จำนวน 25,671 คน และ (2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เข้ารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัส จำนวน 4,701 คน เป็นข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน 2566[4] กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Nunnally[23] คือ $n \geq 10p$ โดยที่ p คือ ตัวแปรสังเกตได้ในโมเดล และ n คือขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยการวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 18 ตัวแปร ดังนั้นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำคือ 180 ตัวอย่าง โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 400 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้จำนวนตัวอย่างดังกล่าว ทำให้การวิเคราะห์ไม่เกิดปัญหาการไม่ลู่เข้า (non-convergence) เป็นสถานการณ์ที่โปรแกรมทางสถิติไม่สามารถประมาณค่าโมเดลได้ และปัญหาคำตอบที่ไม่เหมาะสม (improper solution) เป็นสถานการณ์ที่โมเดลที่ประมาณค่าได้แล้วมีค่าความผันแปรของส่วนเหลือ (residual variance) หรือค่าความผันแปรของข้อมูล (variance) เป็นปริมาณลบ หรือที่เรียกว่า Heywood Case[24]

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการคัดเลือกพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 4 จังหวัด จากทั้งหมด 7 จังหวัด โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ นครพนม หนองคาย สกลนคร และบึงกาฬ ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการคลินิกยาต้านไวรัสในพื้นที่ 4 จังหวัด โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ เลือกจังหวัดละ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โรงพยาบาลโพนพิสัย และโรงพยาบาลปากคาด ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนประชากร (proportional allocation to size) ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 106 คน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จำนวน 51 คน โรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 178 คน และโรงพยาบาลปากคาด จำนวน 65 คน หลังจากนั้นเมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป (2) รับรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่เข้ารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัส (3) เป็นผู้ที่สามารถ เขียน อ่าน ฟัง และพูดสื่อสารเข้าใจได้ และ (4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้ป่วยในกำลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะต้องได้รับการดูแลเฉพาะด้าน และ (2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถาม โดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (checklist question) และ ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) (2) ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ (affordability) (3) ความพอเพียงของแหล่งบริการ (adequacy) (4) คุณภาพของบริการ (service quality) (5) สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) และ (6) ทัศนคติของผู้ใช้บริการ (attitude) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ซึ่งบ่งชี้ว่า “เห็นด้วยน้อยที่สุด”

ถึง 5 ซึ่งแสดงถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” ความถูกต้องของเนื้อหาได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence, IOC) โดยข้อคำถามมี IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 เกินเกณฑ์ที่กำหนด 0.50[25] จากนั้นแบบสอบถามได้รับการประเมินความน่าเชื่อถือโดยทดลองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α) พบว่า ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ มีค่าเท่ากับ 0.944 ความสามารถทางการเงินของผู้ใช้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.746 ความพอเพียงของแหล่งบริการ มีค่าเท่ากับ 0.965 คุณภาพของบริการ มีค่าเท่ากับ 0.844 สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ มีค่าเท่ากับ 0.967 และทัศนคติของผู้ใช้บริการ มีค่าเท่ากับ 0.987 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70[26] แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเที่ยง (reliability) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงเน้นเป็นความลับ เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเดินทางเข้าพบพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาต้านไวรัสด้วยตนเอง เพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม จากนั้นจึงนัดหมายเวลาเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบในวันให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหา ประเด็นข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยทางวาจา โดยไม่ต้องลงนามเข้าร่วมการวิจัย และให้รหัสหมายเลขแทนการระบุชื่อนามสกุล หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และให้ผู้ช่วยนักวิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนกลับมาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (second order confirmatory factor analysis) สำหรับการประเมินความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยกำหนดเกณฑ์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์พิจารณา	อ้างอิง
ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square: X^2/df)	มีค่าต่ำกว่า 2.00	(27)
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	มีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป	(27)
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI)	มีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป	(27)
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)	มีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป	(27)
ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR)	มีค่าต่ำกว่า 0.05	(27)
ค่ารากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA)	มีค่าต่ำกว่า 0.08	(27)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ 3 ประการ[28] คือ (1) ตัวแปรสังเกตได้มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized factor loading, SFL) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (2) ค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (average variance extracted, AVE) มีค่ามากกว่า 0.50 และ (3) ค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝง (construct reliability, CR) มีค่ามากกว่า 0.70 ส่วนการประเมินความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) กำหนดเกณฑ์โดยพิจารณาจากค่ารากที่สองของ AVE ($\sqrt{AVE}$) ในแต่ละองค์ประกอบควรมีค่ามากกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlations) ระหว่างองค์ประกอบ[28]

5. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประเภทการรับรองแบบเต็มชุด จาก 5 หน่วยงาน ได้แก่ (1) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการเลขที่ อว 0622.7/426 (2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 116/2566 (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เอกสารรับรองเลขที่ BKPH 2023-070 (4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 100/66 และ (5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-082

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (จำนวน 198 คน ร้อยละ 49.50) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (จำนวน 130 คน ร้อยละ 32.50) และเพศสภาพอื่น (จำนวน 12 คน ร้อยละ 3.00) มีสถานภาพโสด (จำนวน 203 คน ร้อยละ 50.75) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (จำนวน 224 คน ร้อยละ 56.00) ประกอบอาชีพรับจ้างรายวันทั่วไป (จำนวน 184 คน ร้อยละ 46.00) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท (จำนวน 322 คน ร้อยละ 80.50) มีสิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง (จำนวน 381 คน ร้อยละ 95.25) ระยะเวลาที่รับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี (จำนวน 141 คน ร้อยละ 35.25) รองลงมา 6-10 ปี (จำนวน134 คน ร้อยละ 33.50) และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (จำนวน 125 คน ร้อยละ 31.25) แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	198	49.50
	หญิง	190	47.50
	เพศสภาพอื่น	12	3.00
อายุ	21-30 ปี	46	11.50
	31 - 40 ปี	67	16.75
	41-50 ปี	130	32.50
	51 - 60 ปี	125	31.25
	มากกว่า 60 ปี	32	8.00
Min = 21 ปี Max = 73 ปี $\overline{X}$ = 46.33 ปี SD = 11.00 ปี			
สถานภาพ	โสด	203	50.75
	สมรส	145	36.25
	หม้าย	31	7.75
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	21	5.25

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	224	56.00
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	23.75
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	11.00
	อนุปริญญา/ปวส.	9	2.25
	ปริญญาตรี	22	5.50
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.75
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.75
อาชีพ	ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	1.75
	พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	17	4.25
	ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	55	13.75
	เกษตรกร	127	31.75
	นักเรียน/นักศึกษา	2	0.50
	รับจ้างทั่วไปรายวัน	184	46.00
	อื่น ๆ (เช่น แม่บ้าน ว่างงาน ภิกษุสงฆ์)	8	2.00
รายได้ต่อเดือน	ไม่เกิน 10,000 บาท	**322**	**80.50**
	10,001-20,000 บาท	**67**	**16.75**
	20,001-30,000 บาท	**8**	**2.00**
	มากกว่า 30,000 บาท	**3**	**0.75**
Min = 500 บ. Max = 500,000 บ. $\bar{X}$= 8,941.25 บ. SD = 25,570.76 บ.			
สิทธิการรักษา	สิทธิบัตรทอง	**381**	**95.25**
	สิทธิประกันสังคม	**10**	**2.50**
	สิทธิข้าราชการ	**7**	**1.75**
	สิทธิประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต	**2**	**0.50**
ระยะเวลาที่รับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี			
	ไม่เกิน 5 ปี	**141**	**35.25**
	6-10 ปี	**134**	**33.50**
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	**125**	**31.25**
Min = 1 ปี Max = 39 ปี $\bar{X}$= 8.98 ปี SD = 5.72 ปี			
	รวม	**400**	**100**

2. การตรวจสอบโมเดลในภาพรวม

จากการตรวจสอบโมเดลในภาพรวม พบว่าโมเดลไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับโมเดล จำนวน 16 ครั้ง โดยการผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งหลังจากปรับโมเดลแล้ว พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df) มีค่าเท่ากับ 1.97 ค่า GFI มีค่าเท่ากับ 0.94 ค่า AGFI มีค่าเท่ากับ 0.91 ค่า CFI มีค่าเท่ากับ 0.99 ค่า SRMR มีค่าเท่ากับ 0.039 และค่า RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.049 โดยทุกตัวแปรสังเกตได้มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (SFL) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป มีค่า AVE ระหว่าง 0.548 ถึง 0.878 มี CR ระหว่าง 0.784 ถึง จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงในโมเดล มีความตรงเชิงเหมือนอยู่ในเกณฑ์ดี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	SFL	t	SE	CR	AVE
ACS: ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ	**0.72**	**14.23****	**0.050**	**0.917**	**0.786**
ACS1: ความห่างไกลของสถานบริการ	0.89	-	-		
ACS2: ความขาดแคลนของยานพาหนะ	0.87	23.91**	0.045		
ACS3: การเดินทางที่ต้องใช้เวลานาน	0.90	25.20**	0.045		
AFF: ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ	**0.96**	**15.02****	**0.064**	**0.813**	**0.589**
AFF1: การมีรายได้ที่จำกัด	0.71	-	-		
AFF2: การเดินทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง	0.79	14.87**	0.068		
AFF3: ความแตกต่างของสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา	0.80	14.89**	0.071		
ADE: ความพอเพียงของแหล่งบริการ	**0.83**	**18.46****	**0.046**	**0.955**	**0.878**
ADE1: ความไม่เพียงพอของสถานบริการ	0.95	-	-		
ADE2: การกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์	0.90	28.34**	0.038		
ADE3: ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์	0.96	28.59**	0.040		
SER: คุณภาพของบริการ	**0.92**	**14.16****	**0.054**	**0.784**	**0.548**
SER1: ความไม่ครอบคลุมของระบบรักษาความลับของผู้ป่วย	0.71	-	-		
SER2: ความขาดแคลนเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา	0.73	19.12**	0.062		
SER3: การจัดบริการมีช่วงเวลาที่จำกัด และรอคอยนาน	0.78	13.52**	0.092		
ACC: สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	**0.73**	**14.01****	**0.053**	**0.929**	**0.812**
ACC1: ความไม่เพียงพอของที่นั่งสำหรับรอตรวจรักษา	0.84	-	-		
ACC2: ความไม่เพียงพอของที่จอดรถ	0.93	21.66**	0.051		
ACC3: ความไม่เพียงพอของห้องน้ำ	0.93	22.87**	0.051		
ATT: ทัศนคติของผู้รับบริการ	**0.64**	**12.05****	**0.057**	**0.918**	**0.786**
ATT1: ความรู้สึกว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติ	0.89	-	-		
ATT2: ความรู้สึกกลัวการเปิดเผยตัวตน	0.88	17.39**	0.056		
ATT3: ความรู้สึกว่าตกเป็นเป้าสายตาของสังคม	0.89	17.52**	0.059		

**p<0.01

เมื่อพิจารณาความตรงเชิงจำแนก เป็นการบ่งบอกถึงความแตกต่างในองค์ประกอบแต่ละด้าน พบว่า ค่า $\sqrt{AVE}$ ในแต่ละองค์ประกอบควรมีค่ามากกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ แสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามเกณฑ์ของความตรงเชิงจำแนกที่กำหนดไว้ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงจำแนก

องค์ประกอบ	ACS	AFF	ADE	SER	ACC	ATT
ACS	0.887					
AFF	0.623**	0.767				
ADE	0.507**	0.760**	0.937			
SER	0.491**	0.645**	0.630**	0.740		
ACC	0.491**	0.587**	0.584**	0.586**	0.901	
ATT	0.440**	0.455**	0.504**	0.560**	0.465**	0.887

** p<0.01 ตัวเลขหนาตามแนวทแยงคือ

สรุปได้ว่า สภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 18 ตัวแปร โดยเรียงความสำคัญตามน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานจากมากไปหาน้อย ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ (AFF) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.96 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร โดยความแตกต่างของสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา (AFF3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.80 รองลงมาคือ การเดินทางที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AFF2) และการมีรายได้ที่จำกัด (AFF1) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.79 และ 0.71 ตามลำดับ

2. คุณภาพของบริการ (SER) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร โดยการจัดบริการมีช่วงเวลาที่จำกัดและรอคอยนาน (SER3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.78 รองลงมาคือ ความขาดแคลนเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา (SER2) และ ความไม่ครอบคลุมของระบบรักษาความลับของผู้ป่วย (SER1) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.73 และ 0.71 ตามลำดับ

3. ความพอเพียงของแหล่งบริการ (ADE) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ (ADE3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุดเท่ากัน มีค่าเท่ากับ 0.96 รองลงมาคือ ความไม่เพียงพอของสถานบริการ (ADE1) และการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ (ADE2) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

4. สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (ACC) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.73 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร โดยความไม่เพียงพอของที่จอดรถ (ACC2) และความไม่สะอาดของห้องน้ำ (ACC3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.93 รองลงมาคือ ความไม่เพียงพอของที่นั่งสำหรับรอตรวจรักษา (ACC1) น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.84 ตามลำดับ

5. ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ (ACS) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.72 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร โดยการเดินทางที่ต้องใช้เวลานาน (ACS3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.90 รองลงมาคือ ความห่างไกลของสถานบริการ (ACS1) และความขาดแคลนของยานพาหนะ (ACS2) น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ

6. ทัศนคติของผู้รับบริการ (ATT) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.64 ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร โดยความรู้สึกว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติ (ATT1) และความรู้สึกว่าตกเป็นเป้าสายตาของสังคม (ATT3) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุดเท่ากัน มีค่าเท่ากับ 0.89 รองลงมาคือ ความรู้สึกกลัวการเปิดเผยตัวตน (ATT2) มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 0.88 ตามลำดับ

วิจารณ์

1. ผลจากการศึกษาพบว่า โมเดลทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่า ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ คุณภาพของบริการ ความพอเพียงของแหล่งบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ และทัศนคติของผู้รับบริการ ล้วนเป็นสภาพปัญหาที่เป็นการกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Gulliford และคณะ[15] ที่กล่าวว่าหากบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้มีความยากลำบาก อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky และ Thomas[16] เสนอว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำแนก

ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การยอมรับคุณภาพบริการ และ ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ และสอดคล้องกับงานของวันทนีย์ ธารณธนบูลย์ และพัชมณ เจริญนาวี[17] พบว่า ทัศนคติเชิงลบ ได้แก่ การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ เป็นอุปสรรคกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Booshehri และ Dugan[8] ได้ระบุไว้ว่า สภาพปัญหาที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ข้อจำกัดทางการเงินของผู้รับบริการ การให้บริการที่ไม่มีคุณภาพ ความไม่เพียงพอของระบบการดูแลสุขภาพ ความขาดแคลนในสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อจำกัดในการเดินทาง และทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ให้บริการและคนในสังคม

2. ผลจากการศึกษาพบว่า ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ เป็นองค์ประกอบที่มีค่า SFL มากที่สุดในบรรดา 6 องค์ประกอบหลัก แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 8 มองว่าสภาพปัญหาทางด้านการเงินเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นความแตกต่างของสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษายังเป็นประเด็นสำคัญที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[30] เช่น ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมสามารถรับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ ณ สถานพยาบาลตามสิทธิที่ผู้ประกันตนเลือกเป็นสถานพยาบาลหลักเท่านั้น แต่หากผู้รับบริการมีความประสงค์ต้องการรับยาจากสถานพยาบาลอื่น ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้าแล้วจึงเบิกคืนจากทางสำนักงานประกันสังคมในภายหลัง จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายคนประสบปัญหาขาดเงินสำรองจ่าย และขาดรับยาไปในท้ายที่สุด ซึ่งแตกต่างจากผู้ใช้สิทธิบัตรทอง และสิทธิข้าราชการ สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง เป็นต้น และในส่วนของกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งอยู่ห่างไกลจากที่อยู่อาศัย และมีข้อจำกัดของระบบขนส่งสาธารณะที่เข้าไปไม่ถึงพื้นที่ชนบท ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อเช่ารถหรือยานพาหนะสำหรับเดินทางมารับบริการ[7] นอกจากนี้ ประเด็นของการมีรายได้ที่จำกัด ซึ่งหากพิจารณาจากลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 80 เป็นกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท และมากกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพในลักษณะหาเช้ากินค่ำ คือ เกษตรกร และรับจ้างทั่วไป จึงทำให้กลุ่มคนดังกล่าวมองถึงต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการบริการ[16] หากบุคคลในครอบครัวมีความจำเป็นต้องพาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ขาดรายได้สำหรับการดำรงชีวิต และส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในท้ายที่สุด[29]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ โรงพยาบาลและคลินิกยาต้านไวรัสในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศได้ดังนี้

1.1 ความสามารถทางการเงินของผู้รับบริการ (1) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยาต้านเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ให้โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถเบิกจ่ายยาต้านไวรัสได้ เพื่อเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ และเป็นการลดความแตกต่างของสิทธิการรักษา (2) นำเทคโนโลยีการให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง และ (3) ควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ เพื่อรับการสงเคราะห์และส่งเสริมอาชีพในการสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว

1.2 คุณภาพของบริการ (1) ยกระดับคุณภาพบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสร้างเครือข่าย

การรักษาที่มีมาตรฐาน และ (2) ปรับปรุงระบบบริการเพื่อลดความถี่ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น ขยายระยะเวลามาติดตามการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี ประสานให้ความช่วยเหลือผ่านสื่อออนไลน์ บริการจัดส่งยาต้านไวรัสทางไปรษณีย์

1.3 ความพอเพียงของแหล่งบริการ พัฒนาเครือข่ายระบบบริการรองรับนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมทั่วถึง

1.4 สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมสถานที่ให้บริการให้เพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อลดความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

1.5 ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ ควรขยายการจัดบริการให้ครอบคลุมโดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ เช่น telemedicine สำหรับให้บริการตรวจรักษา การติดตามดูแลการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์

1.6 ทัศนคติของผู้รับบริการ (1) สื่อสารกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกระบวนการเสริมสร้างตัวตนใหม่ เพื่อตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเอง (ลดการตีตราตนเอง) และทักษะการจัดการการถูกตีตราเลือกปฏิบัติ และ (2) พัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยและคุ้มครองความลับข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยด้วย smart technology และส่งเสริมการประชาสัมพันธ์สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตสุขภาพอื่น เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อใช้เป็นสารสนเทศในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ

2.2 จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในเขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้รับผิดชอบคลินิกยาต้านไวรัส และผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญซึ่งได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ในงานวิจัยชิ้นนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งให้ความช่วยเหลือจนบทความนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. End inequalities. End AIDS. End pandemics [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2021 [cited 2021 Dec 21]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1191420211027083955.pdf (in Thai)
2. Department of Disease Control. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
3. Na Ranong S. Factors predicting quality of life of HIV infected and AIDS patients in Huai Yot Hospital, Trang Province. Thai AIDS Journal. 2021;33(2):58-72. (in Thai)
4. National Health Security Office. Information Service Center providing services for people living with HIV [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2023 [cited 2023 Apr 7]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/online_service. (in Thai)

5. Department of Disease Control. Action plans for ending AIDS, Thailand 2023-2026. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
6. Kronfol NM. Access and barriers to health care delivery in Arab countries: a review. East Mediterr Health J. 2012;18(12):1239-46.
7. Mongkhonsuebsakul W. Thailand's access to healthcare services: the reflection and inequality of vulnerable group. Sau Journal of Social Sciences & Humanities. 2022;6(1):55-69. (in Thai)
8. Booshehri LG, Dugan J. Overcoming barriers to access health Care: the challenges facing minorities and immigrants in Washington State [Internet]. Washington DC: University of Washington; 2021 [cited 2021 Aug 31]. Available from: https://evans.uw.edu/overcoming-barriers-to-access-health-care-the-challenges-facing-minorities-and-immigrants-in-washington-state/
9. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. Cad Saude Publica. 2007;23(12):2820-34.
10. Chanklin U. Factors influencing access to health service of HIV and AIDS patients in Phichit Province. Phichit Public Health Research and Academic Journal. 2022;3(2):10-9. (in Thai)
11. Binhosen V, Jamkrajang T. Factors predicting health promoting behaviors of persons with HIV/AIDS. The Journal of Nursing Burapha University. 2013;21(1):65-79. (in Thai)
12. Chanond L. Evaluation of national access to antiretroviral program for people living with HIV/AIDS (NAPHA) in Kanchanaburi province (2004-2006). Journal of Health Science. 2006;15(4):632-37. (in Thai)
13. Angsuchoti S, Wijitwanna S, Pinyopanuwat R. Statistical analysis for the behavioral and social science research: technical using LISREL program. Bangkok: Mission Media; 2008. (in Thai)
14. Persinger G. Pharmaceutical benefits under state medical assistant programs [Internet]. Washington, DC: National Pharmaceutical Council; 2000 [cited 2023 March 2]. Available from: http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf
15. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does access to health care mean. J Health Serv Res Policy. 2002;7(3):186-8.
16. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40.
17. Tharnthanaboon W, Charoennavee P. Stigma and discrimination related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand. Thai AIDS Journal. 2023;35(1):14-32. (in Thai)
18. Tangpatomwong N. The stigmatized communication towards HIV/AIDS patients: representation and its meaning in the quality of life of infected persons. Thai AIDS Journal. 2019;31 (3):103-15. (in Thai)
19. Nopchanasuphap K. Access to health services of migrant workers in Mueang district, Pattani province [Master's Thesis]. Pattani: Prince of Songkla University; 2019. 118 p. (in Thai)
20. Chansugree P, Rungjindarat N, Jiwton P. Inequalities in access to healthcare services in Thailand: a case study of citizens covered by the universal coverage scheme. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2017. (in Thai)

21. International Health Policy Program. Pilot research developing tools and methods to explore stigma and discrimination related to HIV/AIDS. in health service facilities in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
22. Prachuntasen K. Influences of social capital, accessibility to health services and quality of life of middle aged and elderly in the Northeast of Thailand [Doctor of Public Heath Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. 162 p. (in Thai)
23. Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1967.
24. Marsh HW, Hau KT, Balla JR, Grayson D. Is more ever too much? the number of indicators per factor in confirmatory factor analysis. Multivariate Behav Res. 1998;33(2):181-220.
25. Pasunon P. Validity of questionnaire for social science research. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University. 2015;18:375-96. (in Thai)
26. Cortina JM. What is coefficient alpha: an examination of theory and applications. Journal of Applied Psychology. 1993;78(1):98-104.
27. Thakkar JJ. Structural equation modelling: application for and practice (with AMOS and R). Singapore: Springer; 2020.
28. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Harlow, United Kingdom: Pearson Education; 2014.
29. Sittikan S, Jongudomkarn D. Barriers to access of primary healthcare by people with low income in urban communities: a qualitative study. Journal of Nursing Science & Health. 2020;43(1):19-29. (in Thai)
30. Scheil-Adlung X, Kuhl C. Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia. Geneva: International Labour Office; 2011.